

Cuerpo extraño en peligro de extinción

Presentamos el caso de una mujer de 86 años que acudió al servicio de urgencias de nuestro centro de atención primaria por presentar melenas, de 3-4 h de evolución, asociadas a dolor abdominal localizado en hipogastrio, que mejoraba con las deposiciones.

Como antecedentes patológicos destacaban: apendicectomía, hipertensión arterial, osteoartrosis, arteriopatía ocluyente que requirió amputación de ambas extremidades inferiores por isquemia grave, insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, dolicosigma, dolicocon y diverticulosis colónica.

A su llegada a urgencias, la exploración evidenció una palidez cutaneomucosa con constantes hemodinámicamente estables. El abdomen era blando y depresible, difusamente doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. El tacto rectal confirmó la presencia de deposiciones melénicas.

Ante esta sintomatología y el estado de la paciente, se remitió a su hospital de referencia, donde se llevaron a cabo el resto de las exploraciones complementarias.

Los lavados gástricos efectuados fueron claros, sin restos hemáticos, y la analítica realizada ponía de manifiesto una anemia normocítica (hematócrito: 31,9%; hemoglobina: 9,7 g/dl; VCM: 95,22 fl), leucocitosis (19.300) e insuficiencia renal (urea: 1,21 g/l; creatinina: 2,68). El resto de los parámetros analíticos estudiados estaba dentro de los límites de la normalidad.

En la radiografía de abdomen realizada se observó la presencia de un cuerpo extraño, de densidad metálica, en la ampolla rectal, que resultó ser un cúmulo de monedas, la mayoría de ellas de 25 ptas. (fig. 1).

Se procedió a la extracción de un número indeterminado de monedas (entre 20 y 30) por vía intrarrectal, con lo que desaparecieron las molestias abdominales de la paciente y la imagen previa de densidad metálica de la radiografía.

La paciente fue ingresada para el estudio y tratamiento de la anemia. La fibrogastroscoopia objetivó un cráter ulceroso de 0,5 cm de diámetro en la curvatura menor sin evidencias de malignidad en la biopsia, y en la fibrocolonoscopia realizada se hallaron prolapso e inflamación de la mucosa rectal



Figura 1. Cuerpo extraño en recto.

secundarios a la presencia del cuerpo extraño.

La paciente fue dada de alta a los 10 días del ingreso tras transfusión de dos concentrados de hematíes, aconsejándose asistencia psicogeriatrica para prevenir acciones como la que motivaron el ingreso.

Exponemos este caso no sólo por la peculiaridad y originalidad de las imágenes radiológicas, sino para confirmar que las causas de traumatismos rectales son múltiples, siendo las más frecuentes las de origen yatrogénico. Otra de sus causas etiológicas pueden ser las secundarias a cuerpos extraños¹, que en la mayoría de los casos son insertados por vía rectal^{1,2}, ya sea debido a alteraciones conductuales en pacientes de edad avanzada con demencia², en el curso de agresiones sexuales o, más frecuentemente, de forma voluntaria como método de estímulo sexual en varones^{1,3}.

**M. Rodríguez Mas, X. Flor Escriche
y L. Gallego Álvarez**
EAP Chafarinas.

1. Ponce Rodríguez I, Blanco Roca M, Soza Benítez E. Cuerpo extraño en recto. FMC 2000;7:422.
2. Ooi BS, Ho YH, Eu KW, Nyam D, Leong A, Seow-Choen F. Management of anorectal foreign bodies: a cause of obscure anal pain. Aust NZJ Surg 1998;68: 852-5.

3. Cohen JS, Sackier JM. Management of colorectal foreign bodies. JR Coll Surg Edinb 1996;41:312-5.

Tratamiento de la neuralgia posherpética con colorpuntura

La neuralgia posherpética (NPH) suele definirse como la persistencia de dolor de cierta intensidad pasado un mes desde la reepitelización de las lesiones cutáneas. Su incidencia, tras sufrir un herpes zoster, es de un 10-20% en la población general, pero aumenta con la edad; se calcula que es del 50% en mayores de 50 años y del 75% en mayores de 70 años. En muchos casos puede persistir un dolor intenso durante años. A continuación se presentan dos casos clínicos tratados con colorpuntura.

Caso 1. Varón de 66 años, que refiere NPH torácica izquierda desde hace más de 5 años. El dolor aparece casi todos los días ante pequeños estímulos, se extiende por la región intercostal y se irradia por la axila hasta la zona occipital izquierda; no cede con analgésicos y en el momento actual no toma otros fármacos. La intensidad se valora con 8 de 10 en la escala de Likert. Se acompaña de ansiedad, irritabilidad, tristeza y dificultad con el sueño. Se practica tratamiento radiando cada punto durante un minuto en el siguiente orden: 6TR (azul); 4IG (azul); punto de analgesia, localizado 4 traveses de dedo por debajo de la rótula y 4 traveses por fuera de la tibia (naranja); 20VG (violeta), y puntos clave locales, situados al inicio y final del dermatoma afectado (rosa). Se practican dos sesiones la primera semana y una sesión semanal hasta completar 12 semanas. Tras la primera sesión el dolor presentó clara mejoría, al igual que los síntomas asociados, y desapareció al mes de tratamiento. A los 6 meses de la finalización de la terapia persiste la ausencia de dolor.

Caso 2. Mujer de 65 años, que presenta NPH de 18 meses de evolución en la región occipital izquierda. El dolor es continuo con variaciones; mejora levemente con analgésicos y su intensidad se valora en 8 de 10 en la escala de Likert. Se acompaña de ansiedad, mal humor y alteración diaria

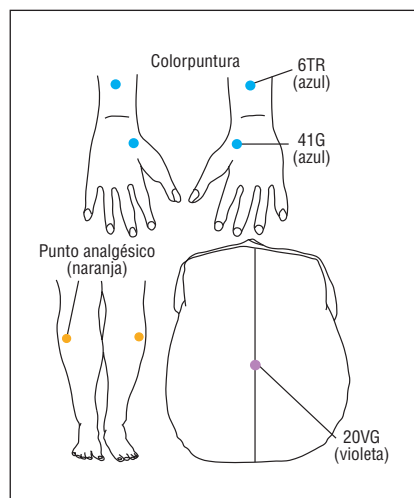


Figura 1. Terapia para el herpes zoster (puntos generales).

del sueño. Se practica el mismo tratamiento, variando los puntos clave locales, realizando dos sesiones semanales las primeras 4 semanas y una sesión semanal hasta completar 12 semanas. En la primera semana refirió mejoría de su dolor, que fue disminuyendo progresivamente hasta desaparecer en la séptima semana. A los 6 meses la paciente se mantiene en remisión.

Discusión y conclusiones. Existen diversas posibilidades terapéuticas en la NPH, entre las que destacan los antidepresivos tricíclicos (ADT), los analgésicos opiáceos, la carbamacepina, los antivirales, los antiarrítmicos y los anestésicos locales. Los

ADT son de elección, bien en monoterapia bien asociados a opiáceos o carbamacepina¹. No obstante, su eficacia alcanza solamente el 50%, presentando frecuentes efectos secundarios. Recientemente se ha ensayado la administración intratecal de metilprednisolona con lidocaína en pacientes con NPH, consiguiendo una mejoría de la intensidad del dolor superior al 50% en el 81% de los casos².

También se ha ensayado la acupuntura en el tratamiento de la NPH con resultados diversos. Son pobres los resultados de Lewith et al³, que trataron a 30 pacientes con acupuntura y 32 con estimulación transcutánea simulada como placebo; al final del tratamiento 7 pacientes de cada grupo experimentaron una mejoría significativa de su dolor. Por el contrario, los resultados de Jianhui y Zhili⁴ fueron muy buenos al tratar a 23 pacientes y obtener una remisión completa en 18 casos (78,3%) y mejoría en los otros 5.

La colorpuntura es una técnica desarrollada por Mandel⁵, de reciente introducción, que consigue efectos terapéuticos mediante la estimulación de puntos energéticos sobre la piel con determinados colores; existen pocos estudios sobre ella, pero sus resultados parecen interesantes⁶. Se utiliza una pequeña linterna en la que se acoplan diversos filtros coloreados. Los dos casos presentados indican que la colorpuntura

puede ser una terapia eficaz en la NPH, aunque sería necesario un mayor número de casos para confirmar esta observación. Por otra parte, se trata de una técnica sencilla, económica y de fácil manejo para los profesionales de la atención primaria.

J.M. Calvo Sanz

Médico de Familia. Centro de Salud Ayerbe. Huesca.

1. Volmink J, Lancaster T, Gris S, Silagy C. Treatments for postherpetic neuralgia. A systematic review of randomized controlled trials. *Fam Pract* 1996;13:91-4.
2. Kotani N, Kushikata T, Hashimoto H, Kimura F, Muraoka M, Yodomo M, et al. Intrathecal methylprednisolone for intractable postherpetic neuralgia. *N Engl J Med* 2000;343:1514-9.
3. Lewith GT, Field J, Machin D. Acupuncture compared with placebo in postherpetic pain. *Pain* 1983;17:361-8.
4. Jianhui W, Zhili G. Twenty-three cases of postherpetic neuralgia treated by acupuncture. *J Traditional Chinese Med* 2000;20:36-7.
5. Mandel P. Compendio práctico de Colorpuntura. Barcelona: Ed. Apóstrofe, 1998.
6. Croke M, Bourne RD. A review of recent research studies on the efficacy of esoteric colorpuncture therapy – a wholistic acu-light system. *Am J Acupuncture* 1999;27:85-94.